

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE DES FIBROMES DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Novembre 1925

PAR

Victor-François-Ernest ROCCA

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAIGON (Cochinchine), le 21 janvier 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		RIVIÈRE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE DES FIBROMES DE L'UTÉRUS



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Novembre 1925

PAR

Victor-François-Ernest ROCCA

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAÏGON (Cochinchine), le 21 janvier 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		RIVIÈRE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	



BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY.
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	PERY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.

Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.

Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Dont la bonté infinie et les sages conseils
nous ont été si tôt ravis.

A TOUS LES MIENS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Il nous a inspiré le sujet de cette étude
et nous a guidé avec bienveillance dans son
accomplissement. Nous sommes heureux de
lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE

DES FIBROMES DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

**Fibrome et ménopause. — Fréquence
de la dégénérescence.**

En matière de fibrome, l'opinion généralement admise est que la ménopause exerce sur cette tumeur une action régressive.

L'évolution du fibrome utérin est subordonnée à la fonction ovarienne, de telle sorte que l'arrêt de cette fonction détermine en même temps que l'involution de la muqueuse et de la musculature utérine un arrêt dans le développement du fibrome et sa régression consécutive.

Spencer Wells dit avoir souvent constaté la rétrocession des symptômes au moment de la ménopause.

Lawson-Tait, persuadé de l'influence heureuse qu'exerce la cessation des règles sur le développement des fibromyomes, a

pratiqué la castration ovarienne bilatérale dans le but de provoquer leur atrophie par une ménopause anticipée.

A l'inverse des autres tumeurs, le fibrome est susceptible d'une guérison spontanée. Il n'est pas rare de voir, à l'époque de la ménopause, le fibrome cesser de s'accroître, diminuer de volume et disparaître peu à peu complètement. Il ne faudrait pas cependant trop compter sur cette disparition spontanée, car si la ménopause est parfois favorable, elle est aussi particulièrement dangereuse ; c'est à ce moment qu'on voit le fibrome s'arrêter dans son évolution, mais c'est à ce moment aussi qu'on le voit tout à coup prendre une allure plus rapide, changer de caractère et se transformer en une tumeur de mauvaise nature. Telle est l'opinion de J.-L. Faure.

Pour Tillaux, un fibrome est d'autant moins grave que la femme approche de la ménopause. Ayant sensiblement la même structure que le muscle utérin, il participerait à l'atrophie et à la régression de cet organe à cette période.

Pozzi (*Traité de gynécologie*) a observé que la plupart des fibromes ont une tendance naturelle à s'atrophier ou tout au moins à diminuer de volume par une sorte de travail d'induration au moment de la ménopause.

L'accord est loin d'être fait et nombreux sont ceux qui pensent que la tumeur s'aggrave à cette période de la vie au lieu de s'amender et admettent qu'elle a une tendance marquée à gagner de son importance clinique à mesure que la malade avance en âge. Pour M. le professeur Bégouin, cette influence heureuse de la ménopause ne peut être escomptée que dans 10 p. 100 des cas au maximum, c'est-à-dire bien moins souvent que le public ne le croit.

Eastman et Bedford-Fenwick opèrent, car, d'après eux, la tumeur s'aggrave. Pour Piquand, c'est la période qui précède la ménopause qui est dangereuse dans la grande majorité des cas.

Parmi les dégénérescences qui peuvent compliquer l'évolution des fibromes de l'utérus, les unes amènent l'induration et l'atrophie, les autres aboutissent au ramollissement avec habi-

tuellement augmentation de volume : transformations œdémateuse et sarcomateuse. Cette dernière seule entre dans le cadre de notre travail et c'est à son étude que nous nous limiterons.

La question de la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes utérins a inspiré, ces dernières années, un certain nombre de travaux importants, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Les statistiques sont contradictoires en ce qui concerne la fréquence de cette redoutable métaplasie ; elles varient de 10 p. 100 à 0,4 p. 100. L'absence de caractères histologiques, permettant d'affirmer d'une façon absolue la malignité des tumeurs observées, explique sans doute cet écart considérable.

Au II^e Congrès de chirurgie, Essen Moller apporte sur un total de 700 laparotomies pour myomes 16 cas de dégénérescence sarcomateuse. Berreiter sur 716 cas de fibromes n'a trouvé que 6 cas de dégénérescence, ce qui donne une proportion de 0,8 p. 100. Jacobs (1898) en observe 4 sur 176 cas. Quenu (1900-1903) 3 sur 94 cas. Winter (1906) pour 753 fibromes opérés trouve 27 sarcomes ; dans tous les cas, les examens histologiques ont été pratiqués, cela fait une proportion de 3,6 p. 100.

Notre maître, le professeur Bégouin, a indiqué une proportion de 5 p. 100 en ayant opéré 7 cas pour 130 interventions pour myomes : « S'il a observé un nombre aussi élevé de sarcomes, ce n'est que parce qu'il a fait faire l'examen histologique de toutes les tumeurs pour lesquelles le diagnostic de fibrome ne lui paraissait pas macroscopiquement s'imposer d'une façon évidente. Sans cet examen histologique systématique, il eût laissé passer plusieurs sarcomes sous l'étiquette de fibromes. » (Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, séance du 12 décembre 1911). Reel et Charlton (Philadelphie, 1923) ont trouvé 11 cas de sarcomes de l'utérus sur un examen de 288 utérus. Sur ce nombre, 104 utérus avaient été adressés avec le diagnostic de fibrome. Ils admettent que 8,6 p. 100 de fibromes se transforment en sarcomes.

Des causes qui peuvent déterminer cette transformation, la plupart, telles que traumatismes, grossesse, infections, sont encore mal définies. Un facteur étiologique : la ménopause, paraît avoir une réelle importance.

Gessner, sur 412 cas de fibromes, donne un maximum de fréquence entre 45 et 50 ans avec 78 cas. A partir de 25 ans, la fréquence augmente progressivement pour présenter son maximum vers 50 ans et décroître après la ménopause :

Avant 5 ans.....	12 cas.
De 5 à 10 ans.....	4 »
De 10 à 15 ans.....	2 »
De 15 à 20 ans.....	12 »
De 20 à 25 ans	3 »
De 25 à 30 ans.....	21 »
De 30 à 35 ans... ..	26 »
De 35 à 40 ans.....	42 »
De 40 à 45 ans.....	58 »
De 45 à 50 ans.....	78 »
De 50 à 55 ans.....	68 »
De 55 à 60 ans.....	48 »
De 60 à 65 ans	29 »
De 65 à 70 ans... ..	7 »
Plus de 70 ans.....	3 »

Les observations que nous avons rassemblées nous ont permis d'établir une statistique présentant un maximum de cas au voisinage de la ménopause.

CHAPITRE PREMIER

Symptômes. — Évolution clinique.

La symptomatologie des fibrosarcomes de l'utérus diffère suivant l'étape de l'évolution.

L'utérus uniquement fibromateux révèle à nos investigations les signes rencontrés habituellement dans le cas de fibrome. Ce qui nous intéresse davantage est le stade indiquant ou tout au moins faisant craindre la dégénérescence maligne.

1° Stade du début de la dégénérescence sarcomateuse.

A ce moment, la symptomatologie du fibrome pur subit des modifications qui doivent attirer notre attention pour dépister la complication redoutable.

Les symptômes fonctionnels augmentent : les ménorragies et métrorragies s'accroissent ; les pertes leucorrhéiques peuvent devenir profuses au point d'inonder à chaque instant les organes génitaux externes et les cuisses.

La douleur qui n'est pas normale dans le fibrome pur survient.

Tout fibrome douloureux est suspect, dit Tixier ; tout fibrome qui devient douloureux se complique.

Le fibrome se borne à provoquer des sensations de gêne, de pesanteur pelvienne, de tiraillements dans la région lombéo-abdominale : il n'est pas douloureux. C'est une gêne assez modérée, supportable, dont quelques femmes ne se préoccupent nullement.

Outre ces signes fonctionnels, des symptômes physiques

peuvent nous guider dans notre diagnostic. Le fibrome, tumeur médiane, régulière, le plus souvent de consistance élastique, dont la caractéristique est de faire corps avec l'utérus, nous révèle au toucher des noyaux de consistance irrégulière, inégale, quelques uns sous forme de choux-fleurs (Petit-Dutaillis). Nous devons souligner l'accroissement rapide de la tumeur qui se fait en quelques jours, quelques semaines au plus. C'est ce dernier signe qui prime tous les autres et doit faire soupçonner l'existence de sarcome.

Au toucher, peu de renseignements : on trouve un col ordinairement sain, des culs-de-sac vaginaux souvent déprimés par la tumeur. A ce stade, la tumeur peut encore être mobilisable. L'abdomen est élargi, l'état général décline, l'amaigrissement apparaît avec perte des forces. Il faudra rechercher le moindre signe d'ascite.

2° Stade d'envahissement.

On note une accentuation de tous les symptômes. Les hémorragies augmentent généralement. Les troubles de compression s'aggravent ; ils ont leur effet sur l'intestin, la vessie, les vaisseaux iliaques et lombaires, les nerfs sacrés, ce qui explique la constipation, la dysurie, les œdèmes et les douleurs si violentes. De plus, la nature histologique du sarcome, dont les vaisseaux sont dépourvus de paroi propre, explique la fréquence et l'abondance des métastases que l'on peut observer au niveau du péritoine, du foie, des reins, du poumon, du rachis.

Il faut se méfier des tuméfactions douloureuses du squelette annonçant une embolie sarcomateuse. De nouveaux signes apparaissent : du côté de l'appareil respiratoire, on observe de la dyspnée, de la toux, et parfois même des hémoptysies. L'hyperthermie n'est pas de règle et l'accélération du pouls est admise. Les signes généraux se traduisent par l'amaigrissement, l'asthénie, les troubles digestifs, auxquels s'ajoute le teint caractéristique des néoplasiques.

A l'examen, on constate souvent un ventre dilaté avec un

réseau veineux apparent; sa percussion révèle presque toujours un certain degré d'ascite.

C'est alors que la palpation permet de définir nettement les caractères de la tumeur dégénérée : irrégulière, dure ou fluctuante en certains points, elle n'est plus mobilisable et elle est douloureuse.

A cette dernière période, le diagnostic est facile, les signes sont suffisamment nets. Mais à ce moment, il est inutile puisque le chirurgien ne peut qu'assister impuissant aux progrès de l'affection.

CHAPITRE II

Diagnostic.

Diagnostiquer une dégénérescence sarcomateuse n'est pas toujours chose aisée, du moins à la période de début qui offrirait le plus de garantie dans le succès immédiat et durable de l'intervention.

Les malades précisent mal le début de leurs symptômes, souvent même elles ne se sont pas observées ; leurs malaises remontent à une date plus ou moins éloignée et des symptômes graves se sont installés insidieusement.

Une nécessité s'impose au clinicien : celle de surveiller avec plus de vigilance le fibrome de la femme au voisinage de la ménopause.

Des douleurs apparaissent-elles, les hémorragies augmentent-elles, et surtout la tumeur a-t-elle brusquement accru ses dimensions et changé de caractère, soupçonnons la transformation sarcomateuse et nous pourrons trouver à côté de ce symptôme qui nous paraît très important une série de troubles d'autant plus marqués que l'affection avance. Au palper abdominal, la tumeur, jadis régulière, lisse, devient tomenteuse, de consistance inégale ; elle s'étend, elle provoque des phénomènes locaux et généraux, elle n'est plus mobilisable, fixée dans l'abdomen, impossible à délimiter.

Le toucher vaginal peut nous révéler des noyaux métastatiques « sous forme de choux-fleurs » dans le Douglas déprimé par un léger degré d'ascite.

L'état général est altéré par l'anémie et l'amaigrissement. Tous les appareils accusent une atteinte, les bruits du cœur sont assourdis ou précipités (bruit de galop), l'œdème des mem-

bres inférieurs est fréquent. La dyspnée apparaît. L'urine contient de l'albumine.

Cette riche symptomatologie est celle de la période terminale, et il est pénible d'avouer qu'elle ne correspond plus à « l'heure chirurgicale. » Peut-elle même nous conduire toujours au diagnostic de sarcome? Non, il existe encore quelque place pour l'erreur : il faudra discuter ces signes et éliminer diverses affections de l'appareil utéro-annexiel dont les signes analogues peuvent nous égarer.

La dégénérescence œdémateuse peut être reconnue par le ramollissement de la tumeur et son accroissement rapide entraînant des troubles de compression qui empruntent leur gravité à la rapidité avec laquelle ils se produisent. Le ramollissement donne à la main qui le cherche une sensation toute particulière : c'est une sorte de rénitence, de fausse fluctuation. Péan a trouvé souvent à l'auscultation un bruit de souffle vasculaire intense.

Les fibromes atteints de *dégénérescence calcaire* offrent, au contraire, une tendance à diminuer de volume et une dureté toute spéciale appréciable au palper.

Le sarcome et l'*épithélioma* du corps de l'utérus présentent de nombreux caractères communs : métrorragies soudaines et abondantes ; un accroissement de volume rapide. Identité presque absolue des signes physiques : nodules volumineux, irréguliers, ramollis, infiltration des tissus environnants. Toutefois, l'évolution et la cachexie paraissent plus précoces et plus prononcées dans le cancer. De plus, la fétidité des pertes est pathognomonique. L'exploration de la muqueuse de la cavité utérine à la curette permet de découvrir des bourgeons épithéliomateux hémorragiques ; dans le cas de sarcome, la muqueuse est saine la plupart du temps et ne se laisse pas déchirer.

Le fibrome sphacélé se distingue par la fièvre qu'il provoque le plus souvent, la douleur à la pression au niveau du myome et l'atteinte de l'état général : altération du teint et perte des forces. Mais l'allure clinique du fibrome sphacélé est souvent identique à celle du fibrome subissant la métaplasie sarcomateuse.

Il faudra éliminer les *tumeurs solides* et les *kystes de l'ovaire* ; on constate dans ce cas, par la palpation abdominale et le toucher vaginal, la présence d'une tumeur indolente, arrondie, rénitente, mobile le plus souvent, refoulant l'utérus en avant ou d'un côté. Ces affections s'observent surtout dans la période d'activité sexuelle. Mais la difficulté est très grande lorsqu'il s'agit d'un sarcome kystique de l'utérus ; dans l'observation IX, la malade présentait une masse abdominale et les symptômes d'un kyste ovarien. La poche contenait, en effet, 5 ou 6 litres de liquide. Comment ne pas trouver naturel que le chirurgien, en présence de tels symptômes, ne se soit pas arrêté au diagnostic de sarcome ?

Le *cancer du péritoine* donne lui aussi des douleurs diffuses, de l'ascite, un accroissement rapide du volume de l'abdomen, et si l'on n'a pas découvert l'épithélioma viscéral dont il est le plus souvent une des métastases, on comprend aisément la méprise du clinicien.

Enfin la distinction est encore plus difficile à établir entre un fibrome et un sarcome, ce dernier offrant à son début la symptomatologie du premier. N'est-il pas normal alors de penser au premier cas, le plus fréquemment observé en clinique.

Ainsi les caractères différentiels des diverses affections que nous venons d'énumérer nous montrent la difficulté du diagnostic de la dégénérescence sarcomateuse. Un ensemble de signes déjà signalés permet de penser que la tumeur fibreuse n'est plus simple et se transforme.

M. le professeur Bégouin, dans une communication qu'il a faite à la Société de gynécologie de Bordeaux, dit que sur les 7 cas observés, il n'a jamais pensé fermement au sarcome avant l'opération, « l'allure clinique ayant été dans 3 cas celle du fibrome sphacélé et dans les 4 autres celle du fibrome banal à évolution rapide ».

Pour nous résumer, nous n'avons pour le diagnostic que des éléments de probabilité : accroissement rapide du volume de l'abdomen, ascite et métrorragies après la ménopause.

CHAPITRE III

Traitement. — Résultats opératoires.

Nous ne discuterons pas ici les indications du traitement radiothérapique ou chirurgical des fibromes.

Nous pensons, avec M. le professeur Bégouin, qu'il est sage de conseiller l'intervention chirurgicale pour un fibrome qui ne présente pas une allure franche, et surtout chez les femmes approchant de la ménopause, lorsque au bout de un ou deux ans il n'y a pas une amélioration nette des signes, lorsque la tumeur augmente de volume.

Stein (*Medical Record*, 1916) estime que le seul fait de la possibilité d'une dégénérescence sarcomateuse des fibromes montre les dangers de la radiothérapie et intervient.

Mais le diagnostic de fibrome dégénéré étant porté (dégénérescence dont la nature est souvent méconnue et sur laquelle le chirurgien fait des réserves), l'hésitation n'est plus permise, l'intervention s'impose sans perte d'un temps précieux pour l'avenir de la malade. Toute thérapeutique médicale doit être rejetée systématiquement.

Doit-on opérer toujours? Une opération tardive, sur des organismes affaiblis ou envahis déjà par les métastases viscérales (péritonéales et hépatiques) serait vouée à un échec certain à bref délai.

La parfaite asepsie de l'acte opératoire, le perfectionnement de l'outillage et l'amélioration de la technique permettent au chirurgien d'accorder la préférence à la voie d'accès abdomi-

nale. L'hystérectomie totale avec large extirpation de la tumeur sera pratiquée.

L'hystérectomie subtotale laisse souvent un moignon cervical infiltré dont les lésions inaperçues sont le nouveau point de départ de récidives. Lesobre, dans sa thèse (Paris, 1907), a relevé 31 cas de dégénérescence du moignon.

Résultats opératoires.

Lorsque l'intervention a été pratiquée, le chirurgien n'a pas toujours sauvé l'existence de sa malade. Trop souvent, hélas ! les résultats sont mauvais, soit aussitôt, soit dans la suite, devant la gravité de l'affection qui nous occupe. En réalité, les cas de guérison sont peu nombreux, et le plus souvent malgré une technique opératoire parfaite, la redoutable récidive emporte la malade dans un bref délai.

Une statistique des résultats éloignés est difficile à établir, la plupart des opérées sont perdues de vue après l'intervention.

Chabiron, dans son excellent travail, apporte les résultats suivants sur 53 cas :

Morts.....	32, soit 60 p. 100.
Guérisons.....	19 » 36 »
Douteux	2
<i>Morts opératoires.....</i>	<i>5</i>
<i>Morts éloignées</i>	<i>27</i>
Au bout de quelques mois.....	51 p. 100.
» d'un an	25 »
Au delà d'un an	24 »

Les causes suivantes avaient provoqué la mort dans 12 cas :

Péritonite	4
Métastases	2
Cachexie.....	4
Récidives	2

Dans les observations que nous avons pu recueillir, nous relevons :

DÉCÈS IMMÉDIAT

OBS. II (mort par hémorragie et shock).

OBS. V (mort par hémorragie).

RÉCIDIVES

OBS. I (métastase lombaire à droite cinq mois après l'intervention).

OBS. XI (métastase dans la fosse iliaque gauche quatorze mois après).

OBS. VI (métastase pleuro-pulmonaire deux mois après).

OBS. XIII (métastase pulmonaire? métastase cul-de-sac vaginal gauche dix mois après).

OBS. XIV (métastase vaginale, tumeur du côté droit s'étendant de la symphyse jusqu'au foie. Ascite. Dix mois après).

OBS. XV (récidive sur le moignon cervical un an après).

OBS. XVI (métastase au fond du vagin et petite tumeur à gauche quinze jours après).

En présence de ces résultats peu encourageants, à la vérité, ne serait-il pas logique d'intervenir plus tôt, la gravité de l'opération tenant à l'époque tardive à laquelle on la pratique?

La mortalité opératoire pour fibrome, grâce aux méthodes modernes, n'étant que de 3,33 p. 100 (professeur Bégouin), le clinicien conseillera utilement le traitement chirurgical pour tout fibrome qui ne s'améliore pas d'une façon évidente chez une femme au voisinage de la ménopause.

Les radiations seront indiquées pour un fibrome hémorragique, de diagnostic certain et exempt de complications.

Le choix entre les deux méthodes exige avant tout traitement un diagnostic exact et complet (professeur Bégouin).

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Les fibromes sarcomateux sont plus ou moins arrondis, ils remontent souvent jusqu'au niveau de l'ombilic, parfois même plus haut. Au cours de leur évolution, ils peuvent atteindre le rebord costal.

Leur surface est tantôt lisse, sans lobe saillant, tantôt mamelonnée et couverte de bosselures.

Leur consistance peut être dure, mais si tout le fibrome a subi la transformation sarcomateuse, le néoplasme présente au palper une apparence molle et lardacée, une coloration jaunâtre ou d'un blanc grisâtre.

Si la dégénérescence n'est que parcellaire, les parties demeurées fibromateuses tranchent par leur dureté et leur coloration nacréée caractéristiques sur les parties voisines.

L'envahissement néoplasique peut détruire la capsule du fibrome, cependant Schreher (Pozzi) a rassemblé 9 observations dans lesquelles il existait une capsule très nette.

Pour Petit-Dutaillis (*Gynécologie*, juin 1924), la dégénérescence sarcomateuse se révèle au toucher par l'existence de noyaux de consistance irrégulière, inégale, quelques-uns sous forme de choux-fleurs qu'on perçoit très bien dans le Douglas, ainsi qu'il l'a observé chez une malade.

A l'ouverture de l'abdomen, on se trouve en présence d'une tumeur de volume variable, de couleur rougeâtre, foncée. De grosses veines rampent à sa surface. Cette tumeur peut faire corps avec l'utérus ou bien, soulevant le péritoine, se pédicu-

liser dans la cavité abdominale. Le sarcome pédiculé a été observé par T. Smith, von Jacubasch, Leguëu, Terrillon.

Des adhérences épiploïques nombreuses existent le plus souvent qui intéressent aussi l'intestin et les organes intrapelviens. Le tissu néoplasique peut infiltrer la vessie, le rectum, et comprimer les uretères. Les métastases éloignées ne sont pas rares, les auteurs en ont signalé dans le rein, le foie, le pöumon, et même dans le cerveau (Obs. de Raymond, *Progrès médical*, 1881). Le péritoine est recouvert parfois, sur une plus ou moins grande étendue, de nodules sarcomateux.

Dans la plupart des cas, si la dégénérescence n'est pas totale, on verra sur les coupes des portions étendues de tissu fibromyomateux ayant conservé ses caractères normaux et des portions ramollies, grisâtres par endroits, gélatineuses ailleurs, à trame gorgée de liquide séreux. A l'intérieur se trouvent des géodes à contenu clair qui peuvent se fusionner, constituant alors des cavités kystiques, anfractueuses, hémorragiques, kystes dont la consistance d'abord assez dure fait place à de la mollesse et de la rénitence variées. Huré, dans sa thèse, a réuni plusieurs cas de sarcomes kystiques. Les parois des pseudo-kystes ont, suivant les points, de quelques millimètres à 3 ou 4 centimètres d'épaisseur. On peut y voir des végétations flottantes qui sont du tissu néoplasique en voie de nécrose ou des dépôts fibrineux de forme polypeuse.

Divers auteurs ont voulu expliquer la pathogénie de cette néoplasie. Les opinions émises à ce sujet sont les plus variables. Pour Virchow, c'est dans le tissu conjonctif interstitiel du myome qu'elle prend naissance : « La dégénérescence sarcomateuse, dit-il, débute par la prolifération dans certains endroits de la substance intercellulaire, les cellules néoformées augmentent par scission élargissant les interstices et faisant disparaître complètement le tissu musculaire dans beaucoup d'endroits. »

En France, Pilliet et Costes soutiennent la théorie de l'origine vasculaire de cette dégénérescence.

La formation sarcomateuse partirait de l'endothélium des vaisseaux : « Ces cellules se multiplient dans la substance inter-

médiaire aux fibres musculaires. Celles-ci subissent le processus irritatif, s'hypertrophient, leur protoplasma perd son homogénéité, sa structure; leurs noyaux deviennent granuleux, irréguliers, et elles finissent par disparaître pour faire place au tissu sarcomateux qui s'étend peu à peu. »

Pour Pick (1873), c'est la fibre musculaire elle-même qui devient un élément sarcomateux.

Paviot et Bérard (1897) nient le sarcome; dans tous les cas, on est en présence de cancers musculaires lisses.

Eden et Lockyer (*Annals of Surgery*, Philadelphia, mai 1923) prétendent que, dans la plupart des cas, les cellules sarcomateuses proviennent des cellules du tissu conjonctif du fibrome, mais ils n'expliquent pas le processus.

Forgues et Massabuau pensent que des faits indiscutables permettent d'étayer ces théories, chacune d'elles s'applique à un certain nombre de cas.

Tous les éléments histologiques d'un fibromyome sont capables de donner naissance à des éléments embryonnaires sarcomateux.

L'examen microscopique nous révèle presque toujours la présence de cellules fusiformes. Le sarcome globocellulaire est plus rare. Il n'a été observé que huit fois dans les 53 observations de Chabiron (Thèse de Bordeaux, 1912).

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I

M. le professeur BÉGUIN *in* thèse de PAULHAC.

Fibrosarcome de l'utérus.

Angèle B..., 50 ans, repasseuse, entre en juin 1908.

Antécédents personnels. — Toujours bien réglée, trois accouchements, le dernier il y a vingt-neuf ans; pas de fausses couches, jamais de maladies graves.

Antécédents héréditaires. — Père et mère sont morts subitement, ont toujours eu une excellente santé; frères et sœurs bien portants; enfants bien portants également.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans et demi, la malade voit survenir au moment de ses règles une forte hémorragie. Pendant toute l'année suivante, les règles sont régulières, pas plus abondantes qu'auparavant et, dans leur intervalle, aucune perte rouge.

Il y a un an et demi, surviennent des hémorragies qui durent pendant toute l'année suivante, aussi bien hémorragies que métrorragies.

Depuis six mois, la malade n'a plus ses règles ni de pertes rouges.

Il y a huit mois, elle a constaté l'apparition d'une grosseur dans le ventre.

A l'examen, on constate la présence d'une tumeur obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, qui remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dure, mate, peu mobile.

Opération le 2 juillet 1908. Laparotomie. Le fibrome se présente

multilobé; un lobe sur le col devant être libéré de la vessie est enlevé avec difficultés; un autre, dans le ligament large gauche, gêne légèrement, et c'est avec un peu de peine qu'on peut, étant libéré des autres lobes, faire une hystérectomie totale. Il a fallu pour cela laisser un lobe (volume du poing) dans le ligament large droit; il est énucléé à part; pour cela, il faut assez de peine, car, à la moindre, il s'ouvre, laissant échapper une masse encéphaloïde; la veine iliaque externe lui est accolée, son extirpation laisse une vaste poche saignante. Mèche et drain par le vagin; bonne péritonisation.

Pièce. — Divisée en deux :

1^o Une grosse masse formée par l'utérus fibromateux, bosselée, et par le fibrome utérin inclus dans le ligament large gauche;

2^o Une autre masse incluse dans le ligament large droit ressemblant macroscopiquement à du sarcome.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

La malade quitte l'hôpital le 4 août, guérie de sa plaie abdominale, mais perdant assez abondamment.

Le 1^{er} décembre, la malade revient à nouveau à l'hôpital. Depuis son opération, elle a un écoulement continu par le vagin d'un liquide séreux, constituant une infirmité gênante.

Examen. — Rien à l'inspection, pas de douleur à la palpation; le toucher vaginal révèle du côté gauche, à la partie supérieure du vagin, un petit orifice; vu la nature de l'opération antérieure, l'épreuve du bleu de méthylène ayant été positive, il est probable qu'on a affaire à une vésicule uretéro-vaginale gauche.

La malade présente, en outre, une tumeur dans la région lombaire droite, arrondie et lobulée, venue insidieusement sans douleurs précédentes ou consécutives. La palpation y révèle des trainées fibreuses, la ponction amène du sang; l'examen microscopique montre des cellules du sarcome, type fuso-cellulaire.

Le 4 décembre, on pratique l'extirpation de ce sarcome lombaire.

La malade est transatée à Pellegrin le 29 décembre 1908.

On a appris qu'elle était morte fin février 1912.

OBSERVATION II

M. le professeur BÉGUIN, *in* thèse de ROBIN.

M^{me} P..., 49 ans. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Trois enfants, aucune fausse couche.

Règles normales, peut-être un peu abondantes.

La malade raconte que, il y a douze ans, à la suite de douleurs abdominales, elle alla consulter un médecin dont le diagnostic fut : « Petit fibrome de la paroi utérine. »

Le début de l'affection actuelle daterait d'il y a environ deux ans. A cette époque, les pertes rouges apparurent, irrégulières, accompagnées de vives douleurs. Faiblesse, vertiges, essoufflement, pâleur vinrent s'ajouter à ces symptômes, obligeant la malade à interrompre fréquemment son travail.

Il y a deux mois, après une métrorragie d'assez longue durée, M^{me} P... eut des pertes blanches qui se succédèrent depuis, chaque mois, au lieu des pertes de sang. Le ventre est alors douloureux; les vomissements sont presque continuels; la malade est obligée de s'aliter. Elle entre à la clinique. L'état général est mauvais. Tout le corps est semé de pétéchies; la température est à 37°8, le pouls à 120.

Examen. — Tumeur abdominale, en forme de cœur, allant de la fosse iliaque gauche à la région droite de l'ombilic; on perçoit à la palpation une consistance élastique.

Au toucher, le col utérin paraît reporté en arrière; l'utérus et la tumeur ne sont pas mobilisables. Au bout de quelques jours, la douleur diminue, les hémorragies disparaissent, la malade ne vomit plus.

L'examen du sang montre une anémie intense. On pratique une hystérectomie subtotal. On se trouve en présence d'une tumeur molle, irrégulière, du volume des deux poings réunis. Elle est difficile à isoler et à enlever; de même, la section des annexes droites est laborieuse.

Examen de la pièce. — On trouve une douzaine de fibromes interstitiels, chacun du volume d'un œuf, avec piqueté hémorragique à la

périphérie. L'un d'eux présente, dans son centre, une substance d'aspect blanchâtre, caséeuse, pas encore ramollie.

Le diagnostic histologique montre qu'il s'agit d'une néoformation sarcomateuse, d'un sarcome globo-cellulaire à petites cellules.

La malade s'affaiblit de plus en plus, est très pâle, avec pouls rapide et filant; elle meurt le jour même de l'opération.

OBSERVATION III

M. le professeur BÉGUIN, *in* thèse de ROBIN.

Sarcome de l'utérus.

M^{me} M. J..., 40 ans, présente uniquement dans ses antécédents une irrégularité dans l'apparition et la quantité de ses règles depuis neuf ans.

Depuis un an, elle se plaint de douleurs abdominales analogues à des coliques et constate une augmentation anormale du volume de son ventre, évoluant par poussées successives. A l'examen, le ventre est augmenté de volume en avant; par la palpation et la percussion, on délimite une zone de matité analogue à celle d'un kyste ovarique.

L'évolution clinique et l'examen conduisent au diagnostic de kyste de l'ovaire.

Opération. — Le 21 janvier 1911, on trouve une tumeur que l'on essaie inutilement de ponctionner; on agrandit l'incision jusqu'à l'épigastre; on voit et on sent que la tumeur part du petit bassin en arrière et à gauche du col utérin; l'utérus est rejeté en avant et à droite; les trompes et les ovaires paraissent normaux.

En libérant le péritoine, on voit que le pédicule de la tumeur est adhérent à la partie gauche et postérieure du col et que sa vascularisation est fournie par les vaisseaux utérins gauches.

L'hystérectomie subtotale terminée, on remarque dans le ligament large une cavité cruentée dans laquelle on placerait le poing.

On conclut donc à un fibrome mou, développé dans le ligament large aux dépens du col utérin.

La trompe n'est pas allongée en sautoir.

La vessie n'a aucun rapport avec la tumeur, pas plus que l'uretère, que l'on n'aperçoit pas.

La tumeur, comme l'utérus, est sous le feuillet péritonéal. Le méso sigmoïdien n'est pas dédoublé.

Examen histologique. — Empiétant sur les reliquats de tissus anciens et occupant la majeure partie des coupes, apparaissent des territoires dans lesquels se traduit par places une organisation quasi myomateuse: dans d'autres points, une néoformation à cellules embryonnaires, fusiformes, d'ordre conjonctif, motivant la dénomination de sarcome fuso-cellulaire à petites cellules.

OBSERVATION IV

M. le professeur BÉGOUIN, *in* thèse ROBIN.

Sarcome de l'utérus.

M^{me} C..., 38 ans. Rien de particulier dans ses antécédents personnels, sinon la constatation, depuis environ dix ans, d'une tumeur abdominale.

L'évolution de celle-ci est très lente, mais régulière.

La malade s'aperçoit elle-même de l'augmentation progressive de son fibrome utérin.

En mai 1910, M^{me} C... eut une métrorragie très abondante, grave, qui fut suivie d'un état d'anémie marqué. Depuis cette époque, l'évolution de la tumeur est rapide, obligeant la malade à entrer à la clinique.

A l'opération, pratiquée le 14 mars 1911, on tombe sur une néoformation de consistance molle, très vascularisée et saignant facilement. La tumeur, qui est développée à droite de la cavité utérine, présente deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur, disposition qui empêche de saisir facilement l'utérine droite. Malgré la difficulté due au lobe droit plongeant dans le petit bassin, l'hystérectomie abdominale est bien menée jusqu'à la fin et bien supportée par la malade.

Les suites opératoires furent excellentes. Treize jours après l'opération, la malade se lève et sort bien portante de la clinique.

L'examen histologique montre que la tumeur n'est autre chose qu'une néoformation sarcomateuse du type fusiforme, à petites cellules.

OBSERVATION V (résumée).

Professeur BÉGUIN.

Fibrosarcome très adhérent développé sur un fibrome évoluant silencieusement. Opération difficile. Mort le soir même par hémorragie et shock.

M^{me} B..., 43 ans, présente une énorme tumeur occupant tout le bas-ventre, se prolongeant en haut et à droite jusqu'aux fausses côtes en une portion légèrement séparée de la tumeur inférieure par un sillon peu accentué, douloureux par place. On décide d'intervenir.

Opération. — Foie hypertrophié. Tumeur ayant l'apparence d'un fibrome, adhérente, immobile. Après des essais infructueux de pédiculisation de la tumeur et de décapsulation, on sectionne en arrière la portion adhérente où semble être le pédicule vasculaire; hémorragie abondante. On libère la tumeur. Péritonisation jusqu'au vagin qui est sectionné. Le cul-de-sac de Douglas est laissé ouvert.

Injection de 500 cc. de sérum à la malade. Mort dans la soirée.

Diagnostic histologique. — Fibrosarcome.

OBSERVATION VI (résumée)

Professeur CHAVANNAZ, in thèse ROBIN.

Myosarcome utérin. Mort par généralisation pleuro-pulmonaire deux mois après l'intervention.

M^{lle} X..., 45 ans. L'examen objectif révèle une tumeur globuleuse pour laquelle le diagnostic de fibrome utérin a paru devoir s'imposer. Température à 38°5; on pense à un fibrome sphacélé.

Intervention. — La malade guérit et se lève vingt jours après l'opération.

Épanchement pleural deux mois après et légères hémoptysies. Mort.

Examen de la pièce. — Nodule ramolli, zone qui fait soupçonner la dégénérescence maligne, tissu d'un blanc plus opaque, moins nacré, le raclage n'y provoque à aucun degré le cri utérin. Le reste de la tumeur, au contraire, présente les caractères du myome vulgaire : blancheur nacrée, consistance ferme, cri utérin facile.

Examen microscopique. — Montre en certains points la structure du myome vulgaire à développement rapide, entre autres celle du sarcome fasciculé à grosses cellules avec des altérations nécrotiques par places.

OBSERVATION VII

Professeur CHAVANNAZ, in thèse ROBIN.

Myosarcome utérin opéré précocement chez une jeune femme. Guérison.

X..., 22 ans, vient à l'hôpital parce qu'elle a constaté une augmentation de volume de son ventre.

Examen. — Masse sus-pubienne plongeant vers la cavité pelvienne, pas d'ascite.

Au toucher, hymen conservé, col normal, surmonté d'un utérus volumineux, mamelonné, dur, mobile.

On porte le diagnostic de fibrome utérin à type hémorragique.

Opération. -- Hystérectomie subtotale facile. Suites opératoires extrêmement simples.

Examen anatomique de la pièce. — Nombreux nodules néoplasiques, l'un d'eux de consistance mollassse, pas de cri utérin.

Examen microscopique. — Tumeur myomateuse au début de sa transformation maligne. Sarcome fasciculé.

OBSERVATION VIII

MM. DE ROUVILLE et COLL DE CARRERA, Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, séance du 11 juin 1924.

Fibrome du ligament large droit en dégénérescence sarcomateuse.

Cette tumeur renfermait une vaste géode remplie de liquide hémattique. Le diagnostic était difficile sinon impossible avant l'examen anatomo-pathologique très complet qui a été fait de la pièce.

C'était la symptomatologie d'un gros kyste inclus, para-ovarien; l'hystérectomie fut nécessaire par suite de l'adhérence de la tumeur au bord droit de l'utérus (lui-même fibromateux) d'où elle émanait.

OBSERVATION IX

MAUCLAIRE, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 21 novembre 1906.

Fibrosarcome de l'utérus ayant l'aspect d'un kyste utérin.

Malade, âgée de 49 ans, présentant des pertes abondantes depuis huit ans. A l'examen, masse abdominale et symptômes d'un kyste ovarien remontant jusqu'à l'épigastre. Ascite légère. Laparotomie. L'évacuation de la poche donne issue à 5 ou 6 litres de liquide.

Examen histologique (Piquand). — Tissu fibromyomateux. Les cellules sont disposées de préférence autour des petits vaisseaux. Le tissu intercellulaire est très vascularisé et fortement œdématié. En somme, il s'agit d'un fibrome utérin ayant ultérieurement subi la dégénérescence sarcomateuse et kystique.

OBSERVATION X

GUIBÉ et X. BENDER, *Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris*, décembre 1906.

Fibrome et sarcome kystique de l'utérus.

La malade, femme de 47 ans, entre pour se faire opérer d'un fibrome utérin.

Opération par le professeur Berger. — Hystérectomie abdominale totale. Suites opératoires excellentes.

Examen histologique. — Corps fibreux utérins et à côté poche kystique formée de cellules fusiformes. Il s'agit, selon toute vraisemblance, d'un fibrome ayant subi la dégénérescence sarcomateuse et secondairement la dégénérescence kystique par nécrose centrale progressive.

OBSERVATION XI

M. le professeur BÉGOUIN, *in* thèse CHABIRON.

Fibrome (?) récidivant quatorze mois après l'hystérectomie.

M^{me} L..., 51 ans, entre à la clinique, le 5 avril 1911, pour tumeur abdominale ayant depuis huit ans augmenté de volume. Cette tumeur avait été constatée alors par le professeur Bégouin qui avait diagnostiqué un petit fibrome. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires et personnels.

A l'examen, M^{me} L... paraît très anémiée. Le cœur est vibrant. Pas d'œdème du côté des membres inférieurs. L'abdomen est fortement distendu par une tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et remplissant l'excavation pelvienne; dure à la palpation, elle présente plusieurs lobes abdominaux. Pas d'œdème de la paroi abdominale, pas d'adénite inguino-fémorale,

Le toucher révèle un col indépendant regardant en bas, en arrière et à gauche, un utérus sensiblement mobile, un prolongement volumineux de la tumeur dans le petit bassin.

Le diagnostic de fibrome abdomino-pelvien à noyaux multiples est porté.

Opération. — L'hystérectomie subtotale pratiquée est assez difficile par suite du volume de la tumeur et d'adhérences épiploïques, intestinales et appendiculaires. On constate, en outre, deux fibromes pédiculés du fond de l'utérus et de l'hydrosalpinx gauche. On fait en même temps la castration double et l'appendicectomie. Les suites opératoires sont excellentes. La malade sort guérie au quinzième jours.

Revue en juillet 1912, M^{me} L..., se plaint de douleurs abdominales et l'examen révèle dans la fosse iliaque gauche une tumeur du volume du poing.

Octobre 1912 : Les douleurs se sont accrues et la grosseur a notablement augmenté de volume.

OBSERVATION XII

Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg, juin 1923.

Fibrosarcome de l'utérus fixé à l'aorte.

Femme de 57 ans. Ménopause depuis trois ans. Se plaint de douleurs vagues dans le bas-ventre avec exacerbations subites et passagères.

Tantôt pollakiurie, tantôt difficultés pour la miction.

Le ventre aurait grossi dans les trois dernières semaines.

Laparotomie. — Utérus fibromateux du volume de deux poings et tumeur supérieure plus molle développée dans le méso du côlon ascendant.

La face postérieure est intimement accolée à la paroi de l'aorte.

Examen microscopique. — Tissu néoplasique sarcomateux à cellules polymorphes. La tumeur inférieure est un fibrome.

OBSERVATION XIII

JACQUIN, *Gynécologie et obstétrique*, mars 1921.

Myosarcome développé sur un fibromyome préexistant avec métastase dans le paramètre gauche.

M^{me} C. W., 65 ans, multipare. Ménopause à l'âge de 54 ans.

Depuis un an, constipation, faiblesse, manque d'appétit.

Examen. — La partie sous-ombilicale de l'abdomen fait saillie, on y palpe une tumeur dure, non fluctuante, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Au toucher, on constate que cette tumeur appartient à l'utérus dont elle ne se laisse pas délimiter. Dans la région annexielle gauche, une seconde tumeur dure, du volume d'un petit poing, un peu mobile (appartenant à l'ovaire?).

Diagnostic. Fibromyomes de l'utérus (transformation maligne ??).

Opération. — Le 6 janvier 1909, laparotomie. On trouve une grosse tumeur utérine dont la surface est perforée à un endroit par

des végétations papillaires. Dans la partie supérieure du ligament large gauche, une tuméfaction du volume d'un œuf d'oie.

Extirpation supravaginale de l'utérus avec les annexes et le néoplasme du paramètre gauche.

A la sortie de la clinique, le 11 novembre 1909, la malade se trouve dans un état général assez mauvais. Les deux poumons sont affectés (métastases?) et au toucher on sent dans le cul-de-sac vaginal gauche des bosses dures.

Examen histologique. — Dans la zone fasciculée de la tumeur principale, on trouve un tissu fibromusculaire assez dense, rappelant tout à fait l'aspect d'un fibromyome banal. En d'autres endroits de la tumeur, le groupement en faisceaux est moins prononcé. La forme des cellules montre des irrégularités souvent très marquées; les noyaux, de grandeur très variée, sont tantôt allongés en grains d'avoine, tantôt plus courts, ovalaires ou irrégulièrement arrondis. On remarque quelques cellules géantes multinucléées.

OBSERVATION XIV

JACQUIN, *Gynécologie et obstétrique*, mars 1921.

Myome malin; récurrence après extirpation d'un « fibromyome ».

M^{me} F. L..., 45 ans, admise à la clinique le 19 juin 1917. Se plaint de sensation de pesanteur dans le bas-ventre et de difficultés de miction. Trois accouchements normaux, le dernier il y a un an et demi; deux avortements.

Examen. — État général passablement bon. Pas de signes de cachexie.

Au toucher, tumeur faisant bomber la paroi vaginale antérieure et dépassant vers le haut la symphyse de quatre travers de doigt; elle est dure, peu mobile, et fait corps avec la portion vaginale.

Opération. — Le 21 juin 1917, extirpation totale de l'utérus et des annexes.

Guérison nette. La malade quitte la clinique le 9 juillet 1917.

Réadmission. — Le 22 avril 1918, la malade s'étant bien portée après l'opération, se plaint, depuis cinq semaines, d'hémorragies

qui ont augmenté dans les derniers jours. Elle remarque, en outre, que le ventre devient plus gros. Pas de douleurs. Amaigrissement depuis quelque temps.

Examen. — Abdomen gonflé. Épanchement ascitique assez important; du côté droit, tumeur dure, bosselée, immobile, s'étendant de la symphyse jusqu'au foie. Au toucher, on sent une tuméfaction en forme de chou-fleur remplissant le fond du vagin, du volume d'un petit poing. Excision d'un petit morceau de cette tumeur. Traitement aux rayons X.

La malade quitte la clinique le 10 mai 1918. Elle est morte chez elle peu de temps après.

Examen histologique. — Cellules allongées avec noyau en bâtonnet, serrées les unes contre les autres et groupées en faisceaux de largeur très différente. En d'autres endroits, les éléments cellulaires sont dissociés par une forte infiltration sanguine et se trouvent en partie en voie de dégénérescence. La vascularisation de la tumeur est très abondante; il y a une foule de petits et de grands vaisseaux qui paraissent creusés dans la masse néoplasique et qui ne montrent que rarement une paroi propre.

OBSERVATION XV

JACQUIN, *Gynécologie et obstétrique*, mars 1921.

Sarcome polymorphe du parenchyme utérin avec cellules géantes développé aux dépens d'un fibromyome préexistant.

M^{me} B..., 48 ans, entre à la clinique le 15 janvier 1916.

Nullipare, règles à partir de 13 ans toujours régulières.

Depuis trois ans, hémorragies irrégulières ne cessant pas pendant des semaines et nécessitant parfois un tamponnement. Dans les derniers mois, difficultés de miction.

Utérus dur, irrégulièrement bosselé.

Diagnostic. — Fibromyome de l'utérus.

Traitement. — Radiothérapie répétée cinq fois dans le courant de l'année 1916.

Les hémorragies cessent complètement à partir de la fin du mois de février 1916. La malade se remet très bien.

La tumeur n'a pas changé de volume ni de consistance, les troubles urinaires persistent.

Au mois de novembre 1916, nouvelle hémorragie pendant cinq jours. Douleurs à la miction plus fortes, avec irradiation dans l'aîne gauche.

Opération. — Le 7 décembre 1916, extirpation subtotale de l'utérus avec les annexes sans particularités. Guérison nette.

La malade quitte la clinique le 21 décembre 1916. Elle ne revient que le 16 janvier 1918, disant qu'elle s'était bien portée jusqu'en décembre 1917, mais que depuis quelques semaines elle ressent de nouveau des douleurs à la miction; elle est très constipée.

L'abdomen est gonflé par un épanchement ascitique. Au toucher, on sent le moignon utérin immobile, entouré de tumeurs dures, irrégulièrement bosselées, qui remplissent en partie le bassin. La malade quitte la clinique le 23 janvier 1918 en mauvais état; elle est morte chez elle bientôt après.

Examen microscopique — Tissu fibromusculaire dont les travées conjonctives montrent en partie une infiltration œdémateuse assez prononcée. Dans les vaisseaux, surtout dans les capillaires, on remarque une quantité d'embolies néoplasiques constituées de petites cellules irrégulièrement arrondies et de cellules géantes multinucléées de forme surtout ovulaire.

OBSERVATION XVI

JACQUIN, *Gynécologie et obstétrique*, mars 1921.

Sarcome à petites cellules rondes et fusiformes développé sur un fibrome.

M^{lle} K. H..., 54 ans, multipare, entre à la clinique le 7 décembre 1919. Règles depuis l'âge de 13 ans, un peu irrégulières.

Ménopause depuis 1913. Depuis juillet 1920, douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté gauche, accompagnées de forte constipation. Les douleurs ont vite augmenté et sont devenues insupportables dans

les derniers jours. Pertes de sang liquide le 20 décembre 1919; vomissements, amaigrissement notable, miction en ordre.

A l'examen, bas-ventre, à gauche, sensible à la pression. On constate au-dessus de la symphyse une résistance dure se perdant vers les deux côtés. Légères pertes sanguines par le vagin. Au toucher, on perçoit dans l'orifice externe un petit polype. L'utérus est grossi dépassant la symphyse de quatre travers de doigt; à gauche, faisant corps avec lui, des masses dures, noduleuses, remplissant la partie gauche du bassin, douloureuses à la pression.

Opération. — Le 22 décembre 1919, laparotomie médiane. Tumeur du volume d'un utérus gravide du quatrième mois. Annexes et parametrium droit libres. Annexes gauches grossies, fixées à l'utérus; entre l'ovaire et la trompe apparaissent des masses molles. La friabilité des tissus rend l'opération difficile et sanglante. Vers la fin, l'état général de l'opérée est mauvais; on la stimule par du sérum artificiel, du camphre et de la caféine. Reconstitution de la paroi abdominale en plusieurs plans. Suites opératoires bonnes. Guérison *per primam*.

Le 10 janvier 1920, on sent au fond du vagin un cratère bourgeonnant se propageant à gauche vers une tumeur de la grosseur d'une mandarine. Écoulements fétides.

Examen microscopique. (Coloration à l'éosine hématoxyline et au safran, d'après P. Masson).

La tumeur se compose de petites cellules rondes ou fusiformes, pauvres en protoplasme et disposées dans un réseau de tissu connectif. Il y a des foyers de nécrose très étendus.

CONCLUSIONS

1° Si parfois la ménopause exerce une influence favorable sur l'évolution du fibrome, assez souvent, au contraire, apparaissent à ce moment les dégénérescences parmi lesquelles la dégénérescence sarcomateuse qui est indéniable et relativement fréquente ;

2° L'évolution clinique ne présente rien de caractéristique permettant de poser le diagnostic. Elle fait douter de la pureté du fibrome ;

3° L'intervention chirurgicale immédiate est nécessaire si la tumeur augmente brusquement de volume ;

4° Les résultats éloignés sont d'autant plus favorables que l'opération a été plus précoce.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 16 novembre 1925.

Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- CÔSTES. — Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromyomes de l'utérus et de ses annexes. Thèse Paris, 1893.
- HYENNE. — Étude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibromes de l'utérus. Thèse Paris, 1898.
- LAFONT. — De la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1902.
- PIQUAND. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. Thèse Paris, 1903.
- MAUCLAIRE. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 21 novembre 1906.
- GUIBÉ et BENDER (X.). — *Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris*, décembre 1906.
- CHARREIRE. — Myomes et ménopause. Atrophie. Dégénérescences malignes. Indications. Thèse Montpellier, 1907.
- HURÉ. — Contribution à l'étude du sarcome kystique de l'utérus. Thèse Paris, 1909.
- GUILLAUME. — Le myome utérin à la ménopause. Thèse Paris, 1910.
- ROBIN. — Des sarcomes du corps de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1912.
- PERDRIGÉ. — Sarcomes de l'utérus. Thèse Paris, 1911.
- BÉGOUIN. — 120 hystérectomies abdominales pour fibromes. Société de médecine de Bordeaux, février 1911.
- CHABIRON. — De la fréquence du sarcome dans le myome utérin. Thèse Bordeaux, 1912.
- BÉGOUIN. — Pathologie chirurgicale, 1914.
- STEIN (Arthur). — *Medical Record*, juin 1916.
- POZZI. — Traité de gynécologie.

- PAULHIAC. — Contribution à l'étude de la transformation sarcomeuse des fibromes de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1919.
- BERREITER. — Zur fræge der Haufigtkeit uterus myome, avril 1921.
- JACQUIN. — Gynécologie et obstétrique. Paris, mars 1921.
- HAMANT. — *Revue médicale de l'Est*, Nancy, avril 1920.
- CASCIANI (A.). — *Revista d'ostetrica e ginecologia pratica*, Palerme, mai 1912.
- BÉGOUIN. — 7 cas de sarcome de l'utérus. Société d'obstétrique, de pédiatrie et de gynécologie de Bordeaux, juin 1911.
- AUVRAY. — A propos de quelques formes rares de sarcome de l'utérus. *Bulletin de la Société de gyn. et d'obst.*, Paris, 1923.
- REEL. — Sarcoma of the uterus. *Annals of surgery Philadelphia*, mai 1923.
- BÉGOUIN. — Traitement des fibromes utérins; chirurgie ou radiations. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 novembre 1924.
- ROUVILLE (DE) et COLL DE CARRERA. — Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, juin 1924.
- TIXIER (L.). — La gynécologie. XXIII^e Congrès de chirurgie, Paris 1924.
- *Archives franco-belges de chirurgie*, mai 1924.
- KELLER. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, juin 1923.
- MAY (R.). — Spindle-celled sarcoma of the broad ligament. *Medical Journal Australia*, Sydney, janvier 1925.

